

Irina Slot

# Interkulturelle Kompetenz als Marketingfaktor - Wie der glückliche ausländische Patient Korruption überflüssig macht

**Chapter in book | Accepted manuscript (Postprint)**

This version is available at <https://doi.org/10.14279/depositonce-10384>



Slot, Irina (2013): Interkulturelle Kompetenz als Marketingfaktor - Wie der glückliche ausländische Patient Korruption überflüssig macht. In: Schmidt, M. (Ed.): Medizinische Versorgungszentren - Entwicklungen und Perspektiven. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH, 2013. pp. 194–210.

## Terms of Use

This work is licensed under a CC BY-NC 4.0 License (Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International). For more information see <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

**WISSEN IM ZENTRUM**  
**UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK**

Technische  
Universität  
Berlin

Schmidt M. (Hrsg.) 2013: Medizinische Versorgungszentren -  
Entwicklungen und Perspektiven. Deutsche  
Krankenhausverlagsgesellschaft, Düsseldorf

Kapitel IV.3, SS. 194 - 210

### **Interkulturelle Kompetenz als Marketingfaktor - Wie der glückliche ausländische Patient Korruption überflüssig macht**

von Irina Slot

#### **3.1 Korruption ist verboten, überflüssig und geschäftlich schädigend**

Dass Korruption und Intransparenz in der Rechnungslegung schlicht verboten und gefährlich ist, wurde von der Koautorin dieses Buches, Rechtsanwältin Stephanie Kollwitz im Kapitel I.1 bereits dargelegt. Hier wird es darum gehen, dass eine kulturangepasste Behandlung der ausländischen Patienten<sup>1</sup>, die die Qualität der Behandlung sichert und ihnen ein Gefühl des Willkommenseins gibt, die illegalen „Marketing-Maßnahmen“ **überflüssig** macht. Dabei wird der Grundsatz befolgt: Der glückliche ausländische Patient ist - und viel mehr als der deutsche glückliche Patient - der perfekte Werbeträger. Dies wurde bereits durch die Praxis bestätigt. Aktuell kommt noch die Tatsache hinzu, dass Veröffentlichungen von Meinungen Dritter unter bestimmten Voraussetzungen auch im Medizin-Bereich erlaubt sein kann.

Im Weiteren wird detailliert beleuchtet, welche Stolpersteine auf dem Weg liegen können, und wie im Grunde einfach diese weggeräumt werden können. Doch zuvor noch ein Gedanke zum Thema Korruption. Das Argument „ohne Bakschisch geht es im Ausland nicht“ ist insofern irrelevant, weil es keine rechtliche Bedeutung hat. Ein deutsches Unternehmen wird nach hier geltenden Gesetzen und auch nach den Maßstäben des „ehrbaren Kaufmannes“ bewertet. Doch auch in den Augen ausländischer Patienten und Geschäftspartner gelten dieselben Maßstäbe, wenn auch aus anderen Gründen. Denn im Sinne der

---

<sup>1</sup> Hier und bei weiteren Verwendungen des grammatikalischen Maskulinums sind Menschen aller Geschlechter gemeint.

interkulturellen Kommunikation ist es nicht maßgeblich, welche Korruptionsfälle in Russland, Griechenland, Ägypten etc. vorkommen. Maßgeblich ist, welche **Vorstellungen** die Menschen **über die deutsche Wirtschaftswelt** und die Gesellschaft haben. Geht man den Weg des geringsten Widerstands und „gibt was auf die Hand“, läuft man nicht nur die Gefahr, sich als reicher „Westler“ immer mehr ausnehmen zu lassen, sondern ruiniert sein Ansehen als Vertreter der ordnungsbewussten Gesellschaft. Gerade die Erwartung der meisten Ausländer, dass hier alles ihren rechtmäßigen und gerechten Weg läuft, bietet eine wunderbare **Argumentationsgrundlage**, **„Nein“ zu sagen**, wenn direkt oder indirekt um Bakschisch „gebeten“ wird. Von sich selber aus das Geschäft zu „schmieren“ ist aus kultureller Sicht folglich katastrophal: ausländische Geschäftspartner und Patienten verlieren den Respekt vor dem Deutschen Partner und Arzt; die letzteren fallen somit aus der Marke „Made in Germany“ heraus – mit entsprechenden negativen Folgen für das Image und auch schlicht für das Geschäft.

### **3.2 Rituale und Traditionen als wahrnehmbare Besonderheiten der Landeskultur und der Religion im medizinischen Alltag**

Um den ausländischen Patienten als „Werbungsträger“ zu gewinnen, sollte er zu einem glücklichen Patienten werden. Sicher, als Erstes soll er gesund werden. Ironischerweise reicht das scheinbar wichtigste Ergebnis der medizinischen Versorgung dafür oft nicht aus, denn die „Wiederherstellung“ wird vom medizinischen Dienstleister **erwartet und vorausgesetzt**. Genauso wie perfekte hygienische Zustände und die medizinische Technik auf dem neuesten Stand. Somit rücken **weiche Faktoren** in den Vordergrund: Seelischer Komfort und positive „Überraschungen“.

Offenkundig liegen die **sichtbaren Aspekte** einer Kultur, aus der ein ausländischer Patient stammt. Dazu gehört ganz klassisch die **erste Begrüßung**. Dass eine gläubige Muslimin Männern nicht die Hand gibt, das hat sich schon herumgesprochen. Doch auch russische Menschen beider Geschlechter sind eher sparsam mit Körperkontakt am Anfang

einer Bekanntschaft. Hier – wie in den meisten Fällen der interkulturellen Diskrepanzen – gilt die goldene Regel: „**Nichts** persönlich nehmen!“ Dieses „Nicht-Ritual“ ist verwurzelt im russischen Verständnis für die Freundschaft; umso herzlicher und körperlicher ist die Begrüßung und Verabschiedung von den Menschen, die man gut kennt und mag.

Ebenfalls zu den sichtbaren Aspekten einer Kultur gehört die **Kleidung**. Auch hier sind Irritationen „vorprogrammiert“: Die Frau, die Burka trägt und ihr Gesicht verschleiert, oder die russische Frau, die wie für einen Abendempfang „aufgedonnert“ zum Arzt kommt - beides kann irritieren. Muss aber nicht. Wichtig ist, sich dabei selbst zu hinterfragen und versuchen, die Interpretation aus dem Empfinden herauszunehmen und sowohl in der Burka als auch in einem kurzen schwarzen Kleid NUR die Bekleidung als solche zu sehen und keine verkappte Terroristin oder eine notorische „Jägerin“ dahinter zu vermuten. Es gibt viele andere Gründe, für die sich diese Menschen so kleiden wie sie sich kleiden. Und man kann davon ausgehen, dass auch sie die Art uns zu kleiden unter Umständen komisch und vielleicht auch „unmöglich“ finden!

Zu den hörbaren Aspekten der Kultur gehört traditionell auch die Sprache, und zwar nicht nur die Sprache selbst, sondern die **Sprache im Klang und Rhythmus**. Hier muss immer bewusst sein: keiner hört gern das, was man nicht versteht. Somit ist das Unbehagen beim Hören der fremden Sprache - ganz natürlich. Dazu kommt, dass auch die Lautstärke sich von einer Landeskultur zur anderen unterscheidet. Außerdem ist es für sog. polychrone Kulturen üblich, sich zu unterbrechen oder scheinbar „gleichzeitig“ zu sprechen. Hier fallen unsere Empfehlungen je nach Situation unterschiedlich aus: Außerhalb des eigentlichen medizinischen Raumes sollte man versuchen, es zu überhören. Bei der Behandlung selbst sollte man einfach souverän um Ruhe und „nach einander reden“ bitten, denn die Konzentrationsfähigkeit der behandelnden Ärzte und Mitarbeiter ist eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg.

Sich auf fremde Rituale und Traditionen einzulassen bietet andererseits die Chance, sich von den Konkurrenten abzuheben, den Patienten positiv zu überraschen und für sich zu gewinnen. Ein kleiner Gebetsraum mit einem schönen Teppich für muslimische Patienten oder ein Samowar und

Tee zur Selbstbedienung, gern mit typischen Süßigkeiten (die wenigsten davon sind gesund, doch in russischen Geschäften in Deutschland preiswert zu bekommen) – das ist nicht gerade, was ein ausländischer Patient in einem deutschen MVZ erwartet. Folglich wird es von ihm umso mehr honoriert.

Doch es gibt auch Grenzen, die durch die Qualität der Behandlung und aus Rücksicht auf die anderen Patienten eingehalten werden sollten. So kann es zum Beispiel nicht geduldet werden, wenn zwei Ehefrauen eines arabischen Patienten sich in der Reanimation auf den Fußboden legen und den Patienten, ohne die erforderlichen Hygiene-Regeln einzuhalten, anfassen. Das ist schlecht für die Motivation des Personals, das seinen Hygiene-Plan akribisch zu verfolgen hat und das ist schlicht gefährlich für den Patienten selbst. Hier gibt es zwei goldene Regeln:

- Die Regeln und Hausordnung **im Vorfeld** zu erklären. Gut dafür geeignet sind kurze Notizen in der Landessprache, ggf. mit Piktogrammen, die dem Patienten oder der Begleitung schon bei der Anmeldung überreicht werden.
- Der Hinweis auf die Regeln sollte nicht als eine Entschuldung klingen. Die souveräne Vermittlung solcher Information stellt klar, dass die Regeln **selbstverständlich** und für alle gelten. Die Befolgung der Regeln entspricht außerdem dem Image der Deutschen im Ausland und darüber zu diskutieren kann als Beliebigkeit und als Nicht-Notwendigkeit missverstanden werden.

Der letzte Punkt kann und sollte in Schulungen in Form von Rollenspielen intensiv geübt werden, denn erfahrungsgemäß kostet es große Überwindung, aus Höflichkeit nicht „autoritär“ auf die Einhaltung der Regeln hinzuweisen.

In Bezug auf die jeweilige Behandlung selbst gibt es große kulturelle Unterschiede im Bereich des **Schmerzempfindens** und der Schmerztherapie. Hierzu sollte am besten eine spezielle Schulung durchgeführt werden, die den Fokus nicht nur auf „überempfindliche“,

sondern auch und vor allem auf „minderempfindliche“ Kulturen<sup>2</sup> richtet. Damit die Aussagen der ausländischen Patienten aus der deutschen Sicht („Schmerzscala“) richtig eingeordnet und interpretiert werden können.

In der Frage der Behandlung einer muslimischen Frau durch einen **männlichen Arzt** gibt es sehr viele dramatische Geschichten, die von muslimischen Ärzten selbst nur mit Kopfschütteln kommentiert werden, wenn z.B. ein deutscher Arzt eine Frau mit starker Blutung das Krankenhaus verlassen lässt, weil ihr Ehemann sich gegen die Behandlung durch den männlichen Notarzt wehrte. Mehrere Ärzte beider Geschlechter aus verschiedenen muslimischen Ländern gaben uns folgende Empfehlung: Wenn es sich einrichten lässt, dass eine Ärztin die Patientin behandeln kann, so soll sie es tun. Steht eine Ärztin nicht zur Verfügung oder hat sie nicht die entsprechende Spezialisierung, darf und SOLL ein Arzt die Behandlung übernehmen. Denn: „was gemacht werden muss, muss gemacht werden!“ Und noch mehr von muslimischen Geistlichen: Wer nicht ausreichend dafür tut, um die eigene Gesundheit, sprich das Produkt der göttlichen Schöpfung, wiederherzustellen, wird von Gott bestraft.

Ebenfalls unstrittig in allen Richtungen des Islams ist die Vorstellung, dass zum Heilerfolg auch die Verbesserung der Gemütslage beiträgt. Das sollte den MVZ-Mitarbeitern und auch den Innenraumgestaltern bewusst sein. Zu den typisch **russischen** gesundheitsfördernden Ritualen gehört auf jeden Fall die Banja, die russische Sauna. Ist eine entsprechend authentische Einrichtung (oder als Alternative eine Sauna mit Aufguss) in der Nähe und die MVZ informiert ihre russische Kunden darüber, so sammelt sie damit viele Plus-Punkte. Ebenfalls ein bei allen Russen anerkanntes gesundheitsförderndes Ritual: der ausgiebige Spaziergang im Wald oder im Park. Suchen Sie eine Grünanlage in der Nähe ihres MVZ und helfen Sie den Menschen dort hinzukommen, auch wenn nur mit einem Stadtplan-Ausschnitt und mit Hinweisen auf Russisch. Das ist gut im Hinblick auf das Marketing, das ist gut für die Heilung.

---

<sup>2</sup> Das Schmerzempfinden selbst ist universell, die Formen der sprachlichen Kodierung und des normativen Zeigen sind kulturell oder aber auch individuell bestimmt.

### 3.3 Kulturdimensionen und ihre Bedeutung im Alltag eines MVZ

Bei aller Wichtigkeit der oben genannten Punkte liegen die wahren Herausforderungen im Bereich der **unsichtbaren** Kultur-Aspekte. Kultur wird oft mit einem Eisberg<sup>3</sup> verglichen: Der kleinere Teil des Eisbergs, der oberhalb der Wasseroberfläche liegt, symbolisiert die bereits erwähnten sichtbaren Aspekte einer Kultur. Der Teil des Eisbergs, der unter Wasser liegt, steht für die unsichtbaren Aspekte: Es geht um Religion, Glauben und Aberglauben, um die Werte, die Geschichte eines Volkes und um seine Traditionen. Wenn zwei Eisberge kollidieren, tun sie es in der Regel unter dem Wasser; wenn zwei Nationalkulturen in Konflikt geraten, passiert es in der Regel auch im nicht sichtbaren Bereich. Im medizinischen Alltag sind solche „Kollisionen“ insofern vorprogrammiert, weil in Stresssituationen der untere Teil unseres „Kulturprogramms“ spontaner und leichter an die Oberfläche kommt. Und welche Situation ist mehr Stress behaftet als die eigene Krankheit? Aus dieser Sicht ist die interkulturelle Schulung der Mitarbeiter enorm wichtig, kann sie doch durch das Verständnis der jeweiligen Landeskulturen für die Patienten **das Stresspotenzial** verringern; zumindest versteht **eine** der beteiligten Konfliktparteien den Mechanismus einer solchen kulturbedingten Eskalation und kann deeskalierend agieren. Muss sie sogar– als Dienstleister!

Doch wie kann der unbewusste und unsichtbare Teil einer Landeskultur definiert werden, ohne in Stereotypen zu geraten? Hier kommen die Systeme der Kulturdimensionen zum Einsatz: Es wird nach den wichtigsten Aspekten der jeweiligen Kulturen gesucht und in Bezug auf die so definierten Dimensionen verschiedene Länder miteinander verglichen. Am praktikabelsten scheinen uns zwei Systeme der Kulturdimensionen zu sein, die hier im Weiteren beschrieben werden, wobei die ausgewählten Beispiele aus dem medizinischen Bereich den Praxisbezug verdeutlichen sollen.

---

<sup>3</sup> Die Eisberg-Metapher stammt von Sigmund Freud, der die Seele eines Menschen mit dem Eisberg vergleicht. Die Übertragung dieser Metapher auf eine Gruppe von Menschen (z.B. aus einem Kulturkreis) geht auf den US-Amerikanischen Anthropologen Edward Hall zurück.

### 3.3.1 Kulturdimensionen nach Edward Hall

#### 3.3.1.1 Kulturrelevantes Zeitverständnis

Edward Hall gilt als Pionier der Kulturdimensionen, die allerdings noch einen qualitativen Charakter haben. Wir fangen mit der uns für eine Dienstleistung am wichtigsten erscheinenden Kulturdimension an, mit dem Zeitverständnis, genauer gesagt den „Monochronen versus polychronen Kulturen“. In monochronen Kulturen sind die Menschen bei ihrer Zeiteinteilung eher auf eine Sache, ein Ziel oder eine Aufgabe orientiert. Die einzelnen Tätigkeiten, die sie ausführen, werden möglichst effizient darauf ausgerichtet. Diese **monochrome Zeitauffassung** sah Hall in Deutschland besonders deutlich ausgeprägt. Die deutsche Landeskultur liegt somit am Ende der Skala, und die meisten, wenn nicht alle anderen Landeskulturen sind im Vergleich zu der Deutschen – polychroner.

Die Menschen, die in einer **polychronen Kultur** aufgewachsen sind, leben nicht **nach** der Zeit, sondern **mit** der Zeit. Das sichtbarste Indiz dafür ist die Unpünktlichkeit. Selbstverständlich ist dies bei allen Arbeitsprozessen ein großes Problem, doch man sollte versuchen, das Problem nicht durch kulturbedingte „Empörung“ noch zusätzlich zu verstärken. Die Unpünktlichkeit sollte nicht als Geringschätzung oder Arroganz verstanden werden: es gibt viele Gründe dafür, die nichts mit der Person des behandelnden Arztes oder des zuständigen Personals zu tun haben. Die diplomatische Lösung hierfür lautet: **bereits im Vorfeld** darauf hinweisen, dass die Termine eingehalten werden müssen. Diese Klarstellung wird in polychronen Kulturen nicht als Unhöflichkeit verstanden. Auch „Reminder“ per SMS oder Email wirken in polychronen Kulturen nicht negativ, sondern werden mit Dankbarkeit registriert.

Was aber garantiert auf Unverständnis stößt und für Aufregung sorgt, sind Phrasen wie „Eins nach dem anderen!“. Diese sind ein typischer Ausdruck einer monochronen Kultur und werden deshalb von „**polychronen Menschen**“ als Geringschätzung und als Arroganz empfunden. Unter Umständen ist es einfacher, sich das Problem



anzuhören und eventuell schnell zu lösen, als zunächst die anderen zeitaufwändigen Arbeiten zu erledigen, bis der Patient - inzwischen beleidigt und aufgeregt - „dran“ kommt.

In dieser Kulturdimension sieht die Verfasserin auch die Erklärung für die unterschiedlichen Rhythmen in der Kommunikation. Den anderen ausreden zu lassen, gilt in Deutschland als Norm, ja Gebot, wird aber zum Beispiel in der französischen Kultur als langweilig oder desinteressiert empfunden. In Russland redet man gern „durcheinander“. Sogar die britische Art in einem Dialog „Pingpong zu spielen“ ist zwar ebenfalls monochron aber doch anders als die Deutsche: Dort wird es sogar als unhöflich und arrogant empfunden, wenn eine Seite zu lange redet und die andere nicht zu Wort kommen lässt.

### **3.3.1.2 Kulturrelevantes Raumverständnis**

In verschiedenen Ländern gibt es verschiedene „Distanzzonen“, bei denen die Entfernung zwischen zwei Menschen als komfortabel empfunden wird. Jenseits der religiösen Verbote, eine fremde Frau anzufassen, ist die Komfortdistanz zwischen arabischen Männern und arabischen Frauen untereinander eher gering. Auf so „normierter“ kultureller Skala erscheint die hierzulande „akzeptable“ Distanz als zu weit und wirkt unter Umständen abweisend, ja feindselig. Sicher, ohne körperlichen Kontakt ist eine medizinische Behandlung kaum möglich, doch sollte man dem kulturbedingten Komfort-Empfinden Rechnung tragen – beim Patienten und bei sich selbst.

### **3.3.1.3 Kontext-Bezug**

Edward Hall stellte fest, dass die Kommunikationsart verschiedene Maße von Kontext beinhaltet und diese von Land zu Land variieren. In den Kulturen mit einem hohen Maß an Kontext wird **implizit** kommuniziert; es wird unbewusst davon ausgegangen, dass der Informationsempfänger den Kontext und die „mitgelieferten“ Codes kennt. Das kann die Menschen, die in einer Kultur mit einem niedrigen Maß an Kontext aufgewachsen sind, verwirren, denn sie bevorzugen die Sachen beim Namen zu nennen und verstehen dementsprechend nur das, was ausdrücklich und klar gesagt wird. Deutlich wird dies sogar innerhalb

einer Sprache. So ist die amerikanische Kommunikationsart direkter als die britische. Das amerikanische „No“ kann mit dem britischen „I don't think so“ übersetzt werden, und das amerikanische „it depends“ hat eine ganz andere Bedeutung als die britische „it depends“ - das letztere könnte unter Umständen „no, never!“ meinen.

Edward Hall lieferte zwar keine gemessenen Kulturdimensionen in Zahlen, doch eine qualitative Reihe, „eingeführt“ mit der deutschen Kommunikationsart. Dies hat großen Einfluss auf die Behandlung von ausländischen Patienten, weil davon auszugehen ist, dass sie **alle grundsätzlich indirekter** kommunizieren als die deutschen Patienten es tun und als es von den deutschen Ärzten unbewusst erwartet wird. In der Praxis hat sich die einfache Empfehlung bewährt, die heißt: „Im Zweifelsfall lieber nachfragen!“ So bekommt der deutsche Mediziner die notwendige Information und der ausländische Patient das Zeichen: Ich muss mich genauer ausdrücken, sonst versteht man mich nicht! Die zweite Empfehlung ist schwerer umzusetzen aber fast noch wichtiger: Der Übersetzer muss in der Lage sein, kulturell relevant zu übersetzen. So wird zum Beispiel „Frau Hoffmann“ ins Polnische nicht mit „Pani Hoffmann“ korrekt übersetzt, sondern „Pani Iris“ (mit Vornamen), denn das erstere würde abwertend wirken – „dank“ der nach Hall mitgelieferten Codes der polnischen Kultur.

#### **3.3.1.4 Informationsgeschwindigkeiten**

Wie schnell die Information geliefert und bearbeitet wird, hängt ebenfalls von der Landeskultur ab, in der der Informationssender bzw. Informationsempfänger aufgewachsen ist. Die deutsche Kommunikationskultur liegt dabei im Mittelfeld, zum Beispiel zwischen den Golfstaaten (niedrigere Informationsgeschwindigkeit) und der russischen oder italienischen (eher höhere Informationsgeschwindigkeit). Das hat unter Umständen Einfluss auf eine sinnvolle „Stückelung“ der Übersetzung – kürzere Sequenzen fürs Übersetzen bei Kulturen mit niedriger Informationsgeschwindigkeit und längere Sequenzen für Kulturen mit höherer Informationsgeschwindigkeit. Außerdem verstehen Menschen aus Kulturen mit höherer Informationsgeschwindigkeit schlecht lange Sätze. Umgekehrt, Menschen aus Kulturen mit niedriger

Informationsgeschwindigkeit werden durch zu schnelles Sprechen irritiert.

Wie bei den meisten kulturellen Unterschieden gilt auch hier: es ist unmöglich, diese Unterschiede abzustellen, genauso wenig wie sich „in der Mitte zu treffen“. Diese Vorstellung ist naiv und wird im Zweifelsfall - weil nicht erfüllbares Wunschdenken - insbesondere unter Stress zu persönlichen Konflikten führen. Doch schon allein das **Wahrnehmen der Unterschiede** hilft, das Konfliktpotenzial zu minimieren. Im Idealfall wird die Haltung eines Beobachters, ja Forschers angenommen. Dann sind die Unterschiede da, aber sie sind nicht störend, sondern interessant, ja spannend.

### **3.3.2 Kulturdimensionen nach Geert Hofstede und ihre Bedeutung für den Medizinaltag**

Der niederländische Wissenschaftler Geert Hofstede entwickelte die Idee der Kulturdimensionen weiter und verlieh ihr eine ganz neue Qualität dadurch, dass er die von ihm definierten Kulturdimensionen gemessen hat. Und das regelmäßig und fortlaufend seit 40 Jahren für 93 Länder dieser Welt. Die Messungen basieren auf Fragebögen, die in verschiedene Sprachen übersetzt worden sind. Das Hofstedische System ist die meist genutzte Methode in internationalen Projekten in Wirtschaft und Wissenschaft, bei der NATO und bei internationalen Hilfsorganisationen.

Die Ergebnisse der soziologischen Messungen werden durch einen Algorithmus in Zahlen von 0 bis 100 umgesetzt. Im Weiteren werden für die jeweilige Kulturdimension der niedrigste und der höchste Wert aufgezeigt, um die kulturelle „Spanne“ aufzuzeichnen und die Definition der Kulturdimensionen zu verdeutlichen. Des Weiteren werden die gemessenen Werte für die deutsche, russische und arabische Kultur genannt und mit Beispielen und Empfehlungen ergänzt. Werte für

weitere Landeskulturen aus der Erhebung von 2010 können auf der Webseite von Geert Hofstede nachgeschlagen werden.<sup>4</sup>

### **3.3.2.1 Machtdistanz**

Die Kulturdimension der Machtdistanz wird definiert als Maß, in dem weniger mächtige Mitglieder einer Gruppe die Machtunterschiede akzeptieren oder diese gar erwarten. Es geht nicht darum, dass Machtunterschiede als Rollen-Konstellation, z.B. in der Familie oder im Unternehmen, existieren oder nicht, sondern wie die Menschen, die in der einen oder anderen Kultur sozialisiert sind, damit umgehen.

Die höchste Machtdistanz wurde in der aktuellsten Erhebung in 2010 von Geert Hofstede und seinem Team für Malaysia gemessen (104) und die niedrigste – für Österreich (11). Das bedeutet, dass die Menschen in Malaysia mit Machtdifferenz nicht nur gut umgehen können, sondern diese quasi brauchen. Demgegenüber ist für Österreicher Machtdifferenz schwerer zu ertragen, sie wird entweder mit Humor herunter gespielt oder dadurch „verkleinert“, dass weniger Mächtige auch alle möglichen machtvoll klingende Titel bekommen.

Für die deutsche Kultur wurde der Wert von 35 gemessen, sprich Kultur mit einer kleineren Machtdistanz, deutlich unter dem Mittelwert von 50. Für den arabischen Kulturraum wurde eine Machtdistanz von 80 und für den russischen sogar 93 gemessen, beide im oberen Teil der Skala. Dabei sind nicht die absoluten Werte entscheidend, sondern die Wertdifferenzen, z.B. 45 für ein deutsch-arabisches und fast 60 für ein deutsch-russisches interkulturelles „Paar“.

Für den medizinischen Alltag hat es enorme Folgen, vor allem bei der Frage der Arzt-Autorität in der Patient-Arzt Beziehung. Die Meinung und Empfehlung des Arztes hat in den genannten Kulturkreisen ein größeres Gewicht als aus Sicht des deutschen Patienten. Die hier zu Lande vorherrschende Patienten- Souveränität, die eine intensive Einbindung des Patienten in die Behandlungs-Entscheidungen ermöglicht, kann bei Patienten aus anderen Kulturen Unverständnis, Irritation und gar

---

<sup>4</sup> Es wird ausdrücklich empfohlen die persönliche Webseite des inzwischen verstorbenen Wissenschaftlers und seines Sohns zu nutzen: [www.geerthofstede.com](http://www.geerthofstede.com).

Ablehnung hervorrufen. „Er soll mir einfach sagen, was ich essen soll und was nicht. Er ist doch der Boss hier“, - sagt ein russischer Patient, der von den langen Ausführungen über Diät, ihre Wirksamkeit und ihre Grenzen nur genervt ist. Er ist eben in der Medizin-Kultur groß geworden, in der die Entscheidungen dem Patienten mitgeteilt werden und medizinische Empfehlungen in einem Ton geäußert werden, die einem deutschen Patienten wie ein Befehl erscheinen könnten.

Die Wichtigkeit des Wichtigen führt oft bei arabischen oder russischen Patienten zum Wunsch, vom Chef-Arzt persönlich und möglichst rund um die Uhr betreut zu werden sowie oft genug zu erniedrigenden Umgangsformen mit Krankenschwestern und Pflegern. Bei allen störenden und manchmal wirklich verletzenden Situationen empfiehlt es sich, sich bewusst zu machen, dass die kulturelle Sozialisierung sehr früh und unbewusst stattfindet, sowohl bei dem ausländischen Patienten als auch beim deutschen Mediziner und Pfleger. Dies mal schnell „zurechtzubiegen“, vor allem durch „Stur-Schaltung“ ist aussichtslos. In der Praxis hat sich die Empfehlung bewährt, dass die Patienten möglichst früh von einem Leitenden Arzt begrüßt werden und dann DIE Spezialistin auf dem Gebiet und DAS Pfleger-Team empfehlen. Somit geben die „Wichtigen“ einen Teil ihres Glanzes an die „Unwichtigen“ ab und machen sie in den Augen des ausländischen Patienten zumindest so „wichtig“, dass ihre Aufforderungen und Ratschläge ernst genommen werden.

Wie bei den meisten Kulturunterschieden birgt auch diese Chancen in sich. Eben weil Macht als nichts Negatives angesehen wird, werden zu höfliche Aufforderungen zwar ignoriert, dafür aber klare Ansagen leichter akzeptiert. Und respektiert.

### **3.3.2.2 Individualismus versus Kollektivismus**

Diese Kulturdimension zeigt, was in der Denke, in den ungeschriebenen Regeln einer Landeskultur überwiegt: das „Ich“ und das „Wir“. Der höchste Wert für den Individualismus wurde in den USA gemessen (91) und der niedrigste in Guatemala (6); ebenfalls vergleichbar kollektivistisch ist nach der Messung in 2010 die chinesische Landeskultur

(20). Der für Deutschland gemessene Wert von 67 liegt deutlich über 50 und weist somit auf einen recht ausgeprägten, doch nicht „exzessiven“ Individualismus hin. Aber sowohl die arabischen (38) als auch die russischen (39) Landeskulturen sind weit weniger individualistisch als die deutsche.

Durch diesen Unterschied in den Kulturdimensionen lässt sich erklären, warum arabische/ russische Patienten mit einer „Schar“ von Verwandten und Freunden kommen. Dies kann für die anderen Patienten und für das medizinische Personal als sehr störend empfunden werden. Doch diese Begleitpersonen sind sehr wichtig, nicht nur für den seelischen Komfort des Patienten aus der kollektivistischen Kultur, sondern auch für die medizinischen Einrichtungen hierzulande. Denn sie sind die Hauptträger der Mundpropaganda und sie sind es, die an der Kaufentscheidung für die deutsche medizinische Dienstleistung beteiligt werden. Denn typisch für die kollektivistische Kultur sind nicht nur stundenlange Teezeremonien, sondern auch Entscheidungen, die im Kollektiv getroffen werden. Es empfiehlt sich also zu versuchen, die Familie und Freunde des Patienten aus einem Störfaktor zu einem Verbündeten zu gewinnen.

Ebenfalls als hinderlich aber unvermeidbar wird das „Zusammenhocken“ von Patienten aus demselben Land auf dem Flur empfunden. Doch auch dieses Problem kann gelöst werden, entweder durch das konsequente Umsetzen der eigenen Hausordnung oder mit Hilfe der räumlichen Einschränkung – zum Beispiel in einem Tee-Salon mit Samowar und vielen Sitzgelegenheiten. Geldverlust? Nein, Geldinvestition für den glücklichen ausländischen Patienten und für die Qualitätsverbesserung der Behandlung durch den besseren und konzentrierteren Einsatz des Personals.

Doch nicht alle Begleitpersonen des Patienten kommen aus dem Ausland mit; viele Freunde und Bekannte gibt es auch vor Ort in Deutschland. Auch sie sind oft der Schlüssel für die Kaufentscheidung einer medizinischen Dienstleistung. So zum Beispiel, wurde einem Vertreter des mittleren Managements der Firma Gazprom im Rahmen der Firmenversicherung und basierend auf der in Russland durchgeführten Vordiagnose zur Auswahl angeboten: Ein Spezialklinikum in

Griechenland, eine spezialisierte Station in einer Jerusalemer Klinik und eine spezialisierte Station in einem Krankenhaus in Berlin. Nach einer Internet-Recherche kamen die zwei letzteren zur engeren Wahl. Die Entscheidung fiel auf Berlin, weil dort eine Freundin der Tochter lebt, die dem Kranken bei Bedarf helfen kann und ... jawohl, weil die Tochter gern zum Shoppen nach Berlin reist und mit ihrer Freundin hier gern die Philharmonie besucht.

Auf einer tieferen Ebene gibt es eine Verknüpfung zwischen der Sprache und der Kulturdimension „Individualismus versus Kollektivismus“: In den kollektivistischeren Kulturen wird weniger das „Ich“ und mehr das „Wir“ genutzt. So wird zum Beispiel im Russischen kaum „ich“ verwendet, nur die Form des Verbes zeigt, dass der Sprechende sich selbst meint. Umso stärker ist die (kognitive) Wirkung von „wir“. „Wir sind uns einig, dass...“ kann bei einem Individualisten noch mehr Rebellion auslösen, jedoch einen Menschen, der im kollektivistischen Sprachraum aufgewachsen ist, „mitnehmen“.

### **3.3.2.3 Maskulinität versus Feminität**

Bei dieser Kulturdimension handelt es sich nicht direkt um Gender, also die Geschlechterrollen in einer Gesellschaft, sondern um die „Verteilung“ der maskulinen und der femininen Aspekte in Denkweisen einer Kultur. Diese wurden von Anthropologen definiert und von Hofstede übernommen. Demnach ist eine Kultur maskulin, wenn ihre Träger den Erfolg um des Erfolges Willen anstreben, wo der Wettbewerb der Hauptbeweggrund in der Gesellschaft ist. Feminin ist die Kultur dort, wo das sich Umeinander-Kümmern überwiegt. Der höchste Wert wurde 2010 für Japan gemessen (95, maskuline Kultur), der niedrigste für Schweden (5, feminine Kultur). Mit dem Wert 66, liegt Deutschland eher auf der maskulinen Seite der Scala, die arabische mit 53 in der Mitte und die russische mit 36 auf der femininen Seite der Skala, mit der diese Kulturdimension visualisiert werden kann.

Die Relevanz dieser Kulturdimension in der Medizin liegt vor allem in der Frage nach der Behandlungsdisziplin. Ein russischer Patient kann eine Behandlung eher abbrechen, wenn „atmosphärisch“ für ihn oder für

seine Begleitpersonen etwas nicht stimmt. Das ist dann keine „Laune“, sondern eine Frage der eigenen Prioritäten. Doch auch hier kann ein „Machtwort“ oder eindringliche Worte (das wäre „sich um die anderen kümmern“) seitens des Arztes alles wieder ins Lot bringen. Für die Menschen aus eher maskulinen Kulturen ist das Erreichen der gesetzten Ziele wichtiger: Einmal getroffene Entscheidung, z.B. in Bezug auf eine bestimmte Behandlung, wird seltener an die neuen Gegebenheiten und äußere Umstände angepasst.

#### **3.3.2.4 Unsicherheitsvermeidung**

Das ist allzu menschlich, sich um die ungewisse Zukunft Sorgen zu machen und das Nichtvorhersehbare nicht zu mögen. Doch in verschiedenen Kulturen gehen die Menschen mit solchen „unstrukturierten“ Situationen unterschiedlich um, und zwar mit mehr oder mit weniger Bereitschaft, dem Unvorhersehbaren ins Auge zu schauen. Aus diesem Phänomen heraus formulierte Hofstede seine vierte Kulturdimension: Unsicherheitsvermeidung. Wohl gemerkt, es geht hier nicht um das Risiko-Empfinden als solches, sondern um die Neigung, die daraus resultierende Unsicherheit zu meiden.

Einer der niedrigsten Werte für die Unsicherheitsvermeidung wurde für Jamaika gemessen (13), der höchste – für Griechenland (112). Für die deutsche Kultur liegt der Wert bei 65, was auf keinen sehr lockeren Umgang mit Unsicherheiten hinweist. Für die arabische Kultur liegt er etwas höher (68), für die türkische viel höher (85) und für die russische fast bei hundert Punkten, 95, was eine extrem hohe Unsicherheitsvermeidung aufzeigt.

Die Frage, wie sich die Unsicherheitsvermeidung auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit auswirkt, ist nicht ausreichend untersucht. Es ist davon auszugehen, dass die Menschen, die in Kulturen aus dem „Mittelfeld“ dieser Kulturdimension aufgewachsen sind, einen vernünftigen Umgang mit der eigenen Gesundheit pflegen. Ist der Wert hoch, heißt das nicht unbedingt, dass das Hypochondrische zum Vorschein kommt. Bei extrem hohen Werten „kippt“ das Verhältnis zum Risiko-Bewusstsein von Krankheiten in der Zukunft und wird gern



überspielt. In einigen Kulturen wird die persönliche Verantwortung für die eigene Gesundheit durch Aberglauben oder durch Schicksalsglauben substituiert. Das sollte bei der Behandlung und vor allem bei der Prävention berücksichtigt werden. Merkt der Mediziner, dass die Maßnahmen, die in der persönlichen Verantwortung des Patienten liegen, auf Ablehnung stoßen, kann er bei den Patienten, die aus den Kulturen mit hohem Wert für Unsicherheitsvermeidung und gleichzeitig für Machtdistanz kommen, nachhaltig mit seiner Autorität als Arzt und Experte, ja als „Gott im weißen Kittel“ nachhelfen.

Soweit der mögliche Einfluss der Unsicherheitsvermeidung auf Arzt-Patient Kommunikation. Doch im **Marketing** der medizinischen Dienstleistung spielt diese Kulturdimension eine entscheidende Rolle. Wie im Marketing-Kapitel erläutert, kauft der potentielle Patient nicht die Leistung, sondern das **Versprechen** einer Besserung seines Gesundheitszustandes. Darum steht im Vordergrund einer solchen Entscheidung das **Vertrauen** in den behandelnden Arzt und in die medizinische Einrichtung insgesamt. Die Wertigkeit des Vertrauens beim Kauf einer medizinischen Dienstleistung wird durch Ernsthaftigkeit und manchmal die essenzielle Bedeutung fürs Leben weit höher deklariert, als beim Kauf einer regulären Dienstleistung. Und wenn all das noch mit höherer Unsicherheitsvermeidung „multipliziert“ wird, so wird Vertrauen zu **dem** Kriterium für eine Entscheidung eines ausländischen Patienten, einen Arzt, ein Krankenhaus oder ein MVZ auszuwählen.

Somit wird (positive) Mundpropaganda zum **Hebel** der Umsatzsteigerung. Klingt zynisch, doch die Mundpropaganda ist eine wesentlich „sauberere“ Marketing-Maßnahme als eine Zusammenarbeit mit undurchsichtigen Strukturen mancher Patientenvermittler. Und zudem – eine viel preiswertere! Denn die kulturangepasste Behandlung steigert die Qualität und senkt den aufkommenden Stress bei Mitarbeitern, muss also ohnehin eingeführt werden. Dadurch verlässt ein glücklicher Patient die MVZ oder die Klinik, der anschließend in seinem Freundeskreis und - im Idealfall - bei seiner privaten Krankenversicherung oder Firmenversicherung seine positive Meinung

äußert. Somit wird das Vertrauen bei den **potentiellen Neukunden** geweckt bzw. gestärkt.

Es empfiehlt sich auch dem „nachzuhelfen“, zum Beispiel mit der Etablierung eines konventionellen Gästebuches mit der Erlaubnis, die (positiven) Äußerungen der Patienten auf der Webseite der MVZ zu veröffentlichen. Am effektivsten sind Kritiken von Patienten, die selbst als Mediziner in ihren Heimatländern arbeiten. Sie sollten dazu animiert werden, möglichst konkret und umfassend dem MVZ gegenüber ihre Meinung zu äußern.

### 3.3.2.5 Lang- versus Kurzzeit-Orientierung

Um den unterschiedlichen Umgang mit der Zeit im Sinne von Abläufen in verschiedenen Ländern ging es im Kapitel über monochrome und polychrone Kulturen. Hier wird der Fokus auf die Zeiträume generell gelegt. Sicher ist die gesündeste Einstellung, im Heute zu leben. Doch die meisten Menschen neigen dazu, eher das Heute und **Gestern** zu sehen oder das Heute und **Morgen**. Anthropologen fanden heraus, dass je wichtiger das Gestern ist, desto sensibler die Menschen aus diesen Kulturen mit der Vergangenheit ihrer Nation umgehen und desto sensibler sie in Bezug auf Nationalstolz sind.

Geert Hofstede und sein Schüler Michael Minkov versuchen diese kulturelle Prägung durch die Kulturdimension Lang- bzw. Kurzzeitorientierung zu erfassen. An einem Ende der Skala liegen Landeskulturen, die eher auf Vergangenheit fokussiert sind, z.B. Ghana (4) oder Ägypten (7). Am anderen Ende der Skala liegt Südkorea (100). Das ist die einzige Kulturdimension, in der die Deutsche und die russische Kultur sehr nahe beieinander liegen: jeweils 83 und 81. Für die Golfstaaten wurde zwar ein nicht so extrem niedriger Wert wie für Ägypten gemessen, doch mit 23 Punkten liegen sie weit unter der Mittelmarke von 50 und vor allem weit unter der Messung für die deutsche Kultur.

Die Relevanz dieser Kulturdimension für den medizinischen Bereich liegt vor allem in der Frage der Ausdauer des Patienten bei längeren Behandlungsprozessen. Die Menschen, die aus kurzzeitig orientierten

Kulturen kommen, neigen zur Ungeduld, zum Wunsch nach sofortigem Erfolg der Behandlung oder einer Diät. Hier kann auch mit der Autorität des Arztes „nachgeholfen“ werden (vorausgesetzt natürlich, dass die Messung für Machtdistanz in dieser Kultur über 50 liegt). Auch die MVZ-Manager müssen diese Besonderheit berücksichtigen und möglichst eine Summe für die ganze notwendige Behandlung und nicht für einzelne Bausteine festlegen und deren Auszahlung im Vorfeld klären. Die Menschen, die aus langfristig orientierten Kulturen kommen, können jetzt auf mehr verzichten, um später –Morgen – ihre Gesundheit zu genießen; hier kann mit langfristig aufgestellten Heilungsplänen und Präventionsmaßnahmen gearbeitet werden.

### **3.3.2.6 Lebensfreude oder Restriktion**

Dass Wohlstand und Glück nicht unbedingt zusammenhängen ahnt man zum Beispiel, wenn man Bilder von einem Marktplatz in einem armen afrikanischen Land sieht, mit seinem freudigen Treiben, den bunten Kleidern und den vielen lachenden Gesichtern oder wenn man die Statistik der Selbstmorde neben den Zahlen des durchschnittlichen Einkommens eines Landes nebeneinander legt. Um dieses Phänomen zu erfassen und kulturell zuzuordnen, führten Hofstede und Minkov 2010 die sechste Kulturdimension ein: *Indulgence versus Restraint*. Die Verfasserin übersetzt dies ins Deutsche mit „Lebensfreude versus Restriktion“, bezogen auf alle natürlichen Bedürfnisse der Menschen, wobei es hier nicht nur um individuelles Glück, sondern um die Lebensfreude insgesamt geht, die die Gesellschaft, die Gruppe seinen Mitgliedern und diese sich selbst „zugestehen“.

Der minimale Wert wurde 2010 für Pakistan gemessen (0), der maximale – für Venezuela (100). Deutsche Kultur liegt mit 40 im unteren Mittelwert, doch sowohl die russische (20) als auch die arabischen Kulturen (34) liegen noch niedriger, sprich im restriktiven Teil der Skala.

Inwiefern diese erst neulich eingeführte Kulturdimension sich auf medizinische Themen auswirkt, ist noch nicht hinreichend untersucht worden. Im Allgemeinen lassen sich daraus Schlussfolgerungen auf das individuelle **Empfinden der Wirkung** von medizinischen Maßnahmen

ziehen: Inwiefern beeinflusst die Kultur die (irrationale) Bewertung der medizinischen Leistung seitens der Patienten aus unterschiedlichen Kulturen? Darüber hinaus kann auf dieser Skala eventuell ein Erklärungsschlüssel für verschiedene Wahrnehmungen des eigenen Körpers liegen.

### **3.4 Einfluss der Kultur der Eltern bei Migranten der zweiten Generation**

Die oben dargelegte Theorie beschäftigt sich mit dem Einfluss auf die Denk- und Verhaltensweise von Menschen, die in einem bestimmten Land sozialisiert sind. Doch wie verhält es sich mit Menschen, die in einem Land aufgewachsen sind, aus dem ihre Eltern nicht stammen?

Der Begriff des kulturellen Hybrides stammt aus der Kolonialzeit und bezeichnete zunächst – etwas abwertend – Ergebnisse der kulturellen „Kreuzung“, analog der botanischen Kreuzung. Doch mittlerweile hat sich dieser Begriff neutralisiert und weist objektiv auf Identitätsprobleme der Menschen hin, die sich den verschiedenen Kulturkreisen gleichzeitig zugehörig fühlen. Welcher der kulturellen Einflüsse überwiegt? Die von den Eltern oder von der Schule bzw. von der Mehrheitsgesellschaft? Und wenn die Eltern aus unterschiedlichen Kulturkreisen kommen; dem von der Mutter oder vom Vater?

Um diese Frage zu beantworten, lohnt es sich den Prozess der kulturellen Sozialisierung näher zu betrachten. Geert Hofstede hat Kultur mit einer Software verglichen, die die Wahrnehmung der Welt und das Denken beeinflusst. Dieser Metapher folgend, kann die frühkindliche Erziehung mit einem Betriebssystem verglichen werden: sie legt die Basis fest, auf der alle weiteren (spätere, wie Einfluss der Kita, der Schule, der Ausbildung) Programme geschrieben werden und mit diesem Basis-Programm verknüpft werden. Die experimentelle Psychologie spricht sogar vom kognitiven Lernfundament, das zum Ende des ersten Lebensjahres steht und nicht verändert werden kann (vgl. Prof. Dr. Wolfgang Prinz "Selbst im Spiegel").

Somit „überwiegt“ die Kultur der Familie des Kindes alle weiteren Einflüsse in der Tiefe seines Denkens. Und die Kultur der Mutter hinterlässt die tiefste und die wichtigste Spur, vorausgesetzt natürlich, dass die Mutter die meiste Zeit mit dem Baby verbringt, was weltweit immer noch die Regel ist. Und das ohne ihre bewusste „Entscheidung“, ihre Kinder so zu erziehen wie ihre Mutter sie erzogen hat. Auch für den Migranten der dritten Generation gilt grundsätzlich: Das zuerst erlernte Programm „sticht“ die später erlernten Normen und Verhaltensweisen aus. In diesem Zusammenhang scheint, nebenbei bemerkt, die Bedeutung der frühkindlichen Erziehung von Kindern von Migranten besonders wichtig zu sein.

Doch welche Rolle spielt dies für die medizinische Behandlung von Migranten der zweiten und der dritten Generation? Wie bereits ausgeführt, stellt die Krankheitssituation einen starken Stressfaktor dar. Und wie in jeder Stresssituation kommt – im Zweifel das „unterbewusste“ – Kulturprogramm zur Entfaltung: Aus einem Menschen, der die anderen immer ausreden ließ, wird ein Mensch, der niemanden zu Ende reden lässt, aus einem Individualisten wird ein Kollektivist etc. Wird dem „Hybrid“ gelegentlich vorgeworfen, er säße auf zwei kulturellen Stühlen, bewegt er sich im Krankheitsfall eindeutig auf dem Stuhl der Eltern bzw. der Mutter.

Überhaupt ist der Vorwurf „Weder Fisch noch Fleisch“ zu sein, falsch, ein kultureller „Hybrid“ ist Fisch und Fleisch sozusagen gleichzeitig. Oft verschieben sind die Verhältnisse zwischen zwei kulturellen Einflüssen im Laufe des Lebens. Wichtige Rolle spielt dabei natürlich Ablehnung bzw. Tolerierung seitens der beiden ursprünglichen Kulturen. So berichten die Menschen, die von türkischen Eltern in Deutschland geboren sind, dass sie in der Türkei sich noch fremder fühlen als in Deutschland. Die sogenannten Wolgadeutsche, die Nachfahren von Deutschen, die in XVIII Jahrhundert nach Russland gegangen sind, wurden in Russland gehänselt und als Deutsche diskriminiert, hier werden ihnen alle negativen Stereotype in Bezug auf „die Russen“ zugesprochen. Das macht betroffen und beleidigt, doch mit der Zeit merken sie selbst, wie russisch ihr „Betriebssystem“ ist. Und das ist gut so.

Genau aus diesem Grund ist es gut und wichtig, dass das Personal der MVZ aus unterschiedlichen Kulturkreisen kommt. „Passt“ der kulturelle Hintergrund des Personals auf die kulturellen Räume der MVZ-Zielgruppe, helfen sie, die sprachlichen und im Idealfall kulturellen Barrieren zu überbrücken. Aber auch allein die persönliche Erfahrung des „anders Tickens“, das Verständnis für das Gefühl des „Verloren-Seins“ zwischen den medizinischen Geräten und den fremdem Menschen, macht sie zu wichtigen Kultur-Experten, ja Advokaten der ausländischen Patienten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Einfluss der Landeskultur, in der ein Mensch aufgewachsen ist oder von der seine Eltern kommen, nicht unterschätzt werden darf – in allen Phasen der medizinischen Versorgung. Die tiefgründige und praxisorientierte interkulturelle Schulung der Ärzte und des Personals lässt gleichzeitig:

- Stressfaktoren mindern und Konflikte vermeiden
- Die Qualität der Behandlung erhöhen
- Aus einem glücklichen Patienten einen Träger für Mundpropaganda entstehen und somit zweifelhafte Marketing-Instrumente überflüssig werden.

\*\*\*

Irina Slot stammt aus Russland und emigrierte 1988 nach Südafrika. Sie lebt und arbeitet seit 10 Jahren in Berlin. Sie hat in Russland Physik, in Deutschland Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Marketing absolviert und im Fernstudium unter Ägide von Prof. Geert Hofstede Kulturwissenschaften studiert. Ihre theoretischen Kenntnisse, Ergebnisse der Forschung auf dem Gebiet der Interkulturalität und Interdisziplinarität sowie praktische Erfahrungen aus ihrem Privat- und ihrem Berufsleben setzt sie in ihrer Tätigkeit als Beraterin, Dozentin und Trainerin um.

Blog von Irina Slot auf Deutsch und Englisch: [www.interkulturell.eu/blog](http://www.interkulturell.eu/blog).